

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0873800833		
法人名	株式会社 モデンナ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム ドルチェ		
所在地	茨城県稲敷郡美浦村木原89-1		
自己評価作成日	平成24年4月30日	評価結果市町村受理日	平成24年8月15日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者とのコミュニケーションを大切にしている。当日の職員1名は、業務に追われることなく利用者の傍に寄り添い、個々の尊厳とそれぞれの思い、体験や生活歴などに視点を向け、利用者の話しに耳を傾けながら関わりを持って接していくよう努めている。
また、家庭的な環境のもとでドライブや外食、そして住み慣れた地域での行事等にも参加し、それぞれが好きな事・出来る事をしながら、職員とともに日々楽しく過ごしている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokouhyou.jp/kaijosip/infomationPublic.do?JCD=0873800833&SCD=320&PCD=08
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成24年6月16日

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

霞ヶ浦をながめながらたどり着くホームは、自然豊かな広い敷地に立地し、のどかなゆったりとした暮らしが感じられる。外部評価にあたっての自己評価は、職員全員が記入して日々の振り返りにしている。職員からはもどかしい部分もあるが、新たな気付きがあったりとも参考になっていると前向きな発言が聞かれた。頻りに面会出来ない家族からの希望に応じて、日常の様子を分かりやすくするため「ベストスマイル」という写真にして家族に届けるなど、利用者、家族に目を向けたケアを実践している。最後にケアマネが、利用者の傾聴に専念できるスタッフを配置することで、利用者の表情が良くなったと実感できること、運営推進会議の席で家族からも「いい顔になった」と感謝されたことがいま一番嬉しい事ですと語ってくれた。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	フロアに掲示し、職員は名札の裏面に携帯することによりいつでも確認ができ、その人らしい暮らしの継続が出来るよう努めている。	理念は日々の振り返りができるもの、目標であり、初心に戻れるものとして大切にしている。ネームプレートに入れており、その人の思いと自分との葛藤がある時などに目をやり、その都度理念を振り返り考え直しながらケアの実践につなげている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域に根ざしたサービスを提供していくために、地元の小中学生の体験学習の場や幼稚園児との交流、地域の方々を招いての施設祭りなど年間を通して交流に努めている。	体験学習やボランティアの方が入り、似顔絵を描いてくれたり、鼓笛隊などを通じて交流を深めている。職員が文化祭に参加し、利用者が見に行った。養護学校の人たちが来てお話をしたり、掃除をしてくださり、利用者の普段とは違う和やかな顔が見られる。他に幼稚園児との交流もある。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	戸外への外出や、地域主催の行事などに参加することで、施設の役割や利用者に対する理解を深めてもらえるよう努めている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	年に6回、市町村職員・地域地区区長・民生委員・家族等が出席し、意見交換や情報の提供を行うことによりサービスの向上に繋がっている。	家族は月に1～2回面会に来ているが、推進会議への参加は少ない。家族の委員は固定化せず、その都度電話連絡し、都合の付く家族に参加してもらう。会議ではホームからの近況報告と参加者から議題の提案をしてもらう。議事録は別に作成し、役場に届けている。職員には回覧せず、自由に見られるようにしている。	昨年の目標達成計画に沿って、避難訓練への地域の方の参加が実現したことを更に発展させることで、地域密着としての深まりと、広がりが期待できると思われる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市町村職員は、サービスに対する相談や県福祉事務所への連絡等に積極的に応じてくれるなど、日頃から連携が密接に行われている。それにより助言をいただくことで質の向上へも繋がっている。	生活保護の方が入居しているので、月1回担当職員が来る。介護保険課の方とも話し合っている。特に生活保護の方は複雑で難しい対応が多く、困難事例については社会協議会の方と相談しながら支援していることもあり、良好な関係が構築されている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束理念やマニュアル等を職員が確認できる場所に掲示し共有している。やむを得ず拘束を行う際は家族に十分に説明し同意をもらい、定期的なカンファレンスで拘束ゼロに向けて実施している。	2名の方にやむを得ない対応として、同意書を貰ったうえで拘束をしている。(例: ベッドからの移乗時の転倒防止のため、サイドレールではなくシルバーカーに鈴をつけた。)カンファレンスで話し合いを重ねた上での対応である。出来る限り拘束を回避するために、見守りの強化、こまめに訪室することでリスクの軽減になった事例もある。	身体拘束の意味について細やかに受け止めているなど、職員の意識は高いと思われるが、玄関の施錠について今一度検討して頂きたい。災害時の近隣からの協力体制なども合わせての検討が望ましい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内で定期的に行われている勉強会等で、職員全員が虐待について学べる機会を設けており、情報の共有や防止に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	県や県社協主催の研修、ケアマネ会などに参加し、項目について学ぶ機会を作っている。参加できなかった職員については、参加した職員からレジメや議事録等で確認できるよう情報の共有に努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、ご家族が納得できるまで十分に説明し、締結に不安の内容に配慮している。また、改定時は新旧対照表を用いて書面にて解りやすく記している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	定期的な面会や意見箱の設置でご家族から要望などを吸い上げるよう努め、改善の必要がある時には推進会議等で現状を報告、外部(市町村職員・区長・民生委員)からの意見も取り入れるよう実施している。	意見箱の利用はないが、直接話してもらう事が多い。最近では、車いす使用者の家族から歩く練習をして欲しいなどの要望があり、歩行訓練を開始した例がある。頻繁に来てくれる方とはお互いに話しやすい雰囲気が出来ている。自宅から継続して、入居後の様子を見に来てくれた民生委員さんもいる。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のミーティングで職員それぞれの業務に対する思いを意見交換として取り入れている。	ミーティングは休みの職員も参加して、2ユニット合同で日中に行っている。利用者の呼び名について議題にあがったり、職員の提案で成田山にデイ、ショート、GHの全員で出掛けたこともある。看護師が常駐し同行したので、具合の悪い方へも万全の対策がとれた。職員からの意見が反映され、事前の準備をしっかりとすることで実行が可能になった。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	法人代表者は、毎月の施設長会議や月数回の施設巡回時に職員の状況把握に努めている。また、代表者と職員の交流会等で意見交換が出来る場を設ける		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人は、職員の段階に応じた勉強会や研修会を実施。また、施設では月2回、あるテーマに沿った勉強会を行い職員すべてに参加してもらえ体制を整えている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	市町村主催のケアマネ会等に出席し、勉強会を通じて交流する機会を設けている。		
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービス提供前に、利用者本人・ご家族にアセスメントを十分に行い、本人の思いや要望等を伺うことで安心した生活を営むことが出来るよう関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご家族より、利用者本人の置かれている環境や家族の本人に対する思い等を十分に伺い、継続的な信頼関係が築けるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	サービス提供前に伺ったアセスメントを基に、今何が必要かを職員間で話し合い、その都度見極めながら適切なサービスを提供できるよう努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家庭に近い環境で、食事の後片付けや洗濯干しなど利用者が出来る範囲内で取り組んでもらい、それらを職員と一緒にいくことで、支えあいの関係づくりに努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時はもちろん、病院受診時の報告など日常生活の様子や状況を伝えている。また、毎月送付する「ベストスマイル」では本人の写真を添付することで、表情でも利用者の状況が確認できるように支援している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	利用者の殆どが地元であることから、馴染みの店へ個別にお連れし買い物を楽しんでもらったり、近所の方の訪問・家族からの電話や手紙などのやり取りを自由にできるように努めている。	地元の方が多く、馴染みの場所へ職員と一緒に外出している。美容室は月1回の移動美容室を利用する方が多い。101歳の方のところに友達が訪ねてくる。買い物したいとの希望には随時対応、散歩がてらコンビニに寄ることもある。大型スーパーがないので、衣類などは昔ながらの個人商店に買い物に行く。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の相性を最優先にし、個々の状態変化に対応しながらその人らしい生活が継続できるよう支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	長期入院などでサービス提供が終了しても、病院へ伺ったり家族へ状況を確認するなど、事業所としての相談援助等に努めている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	独自の包括シートを使用し、本人や家族の意向を聞きながらアセスメントを実施した上で、その人にとって「何が大切なのか」を職員間で確認し合いながらケアに取り組んでいる。	ケアプラン作成時に独自のシートを使ってアセスメントをするが、そこから意向をくみ取っていく。新たに把握されたものは書き加えながら共有している。行動の理由が分からない時にも、本人にとってどんな意味があるのかを、職員間で話し合う事が大切と考えている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所時、本人や家族から基本情報として生活歴などをうかがっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	時間ごとの申し送りや、毎日行うバイタルチェック、ケース記録などによりいつでも本人の状況が確認できるようになっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	それぞれの思いや要望を基に、職員などでカンファレンスを行い、その人らしく快適に暮らせるためのサービス計画書を作成している。	センター方式を活用してケアマネが作成している。ケアマネは交代になって日が浅いため、まだまだ不十分と語っているが、前向きに取り組んでいた。	介護計画はケアマネのみで作成するのではなく、職員全員で作成することで、根拠に基づいた支援になることが期待できる。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録に、ケアに対する実践状況を記録し、そのケアが利用者にとって最善な事なのかどうかを再確認した上で計画書の見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	施設内でのみの提供だけでなく、敷地内に併設されているデイサービスでのボランティアによる舞踊鑑賞や近所への外出など、その都度環境や状況に合わせた柔軟な対応をしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の方々によるボランティアや、地域の幼稚園児の施設訪問、毎年行われる施設の秋祭りの招待など、施設として地域資源との協働になれるよう実施している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	緊急時の際、協力医療機関にて対応しているが、それ以外は本人や家族が希望するかかりつけ医などでそれぞれ対応している。	月に2回の往診で健康管理をしている。協力医療機関は24時間対応可能になっている。眼科などの専門外来の受診は家族対応の場合と、都合により職員が対応することもある。歯科は近所にあるので通院している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	敷地内の併設施設に配置されている看護師と連携を図り、状況の変化などを報告しながら指示を仰いでもらっている。また、夜間帯においても連絡が取れる状態となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は、速やかに施設での介護サマリーを作成し医療機関へ提出、情報を提供している。退院時には医療機関での看護サマリーをいただき、相互間での情報共有に努め、その後のケアに繋げている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用者の全家族に対し、ターミナルケアについて詳しく説明を入所後に行っている。説明に納得していただいた上で同意書に署名捺印をいただいている。	契約時に看取りケアは行っていないことを説明の上、同意書を貰い、同時に希望の搬送病院を確認している。速やかな対応の為に搬送病院の一覧がスタッフルームに掲示してある。搬送についての判断は医師が行う。グループホームで看取って欲しいという希望は今はない。職員間には出来る限り入院は避けるような支援をしたいとの考えがある。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	消防署が実施している救命救急講習に参加し、応急手当などの基本動作を学び実践に生かせるよう努めている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の避難訓練の中に、日中・夜間、火災・震災すべての訓練を消防職員を派遣して実施している。運営推進会議でも実施した報告をするとともに地域との連携をさらに強化できるよう努めている。	地震でライフラインがとぎれた場合の事を想定して行っている。近所の方をまじえての訓練が、区長さんのはからいで実施出来た。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々のペースを尊重した個別ケアを実施している。能力や経験・体験など生かし、出来ることは手伝っていただきながら、出来る喜びや経験を生かした能力が発揮できるよう支援している。	トイレ誘導の声掛けなど、羞恥心に配慮した対応の工夫をしている。集合写真はあまり飾らず、写真が公になることはなく、全員に同意を取っていない。写真など個人情報に関しての苦情は今のところない。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本来の思いや体験・生活歴などに視点を置いて関わり、自身で決定できるような促しをしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	その日の職員1名は、業務に追われることなく常に利用者の傍に寄り添い、それぞれの声に耳を傾けながらケアしていくことを心掛けている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	更衣時に本人と一緒にその日の服を選んだり、施設へ来る移動美容室で散髪や毛染めをするなど、整容に努めている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みを聞きながら、極力それに近いものを提供している。また、自分で作る楽しみが持てるよう職員と一緒に食事作りや後片付けをしている。	献立と食材は外注、調理は職員が行っている。それ以外に利用者が希望する食事を作る時もある。お楽しみメニューとして刺身も提供している。野菜洗いや下ごしらえを手伝ったり、片手で出来る餃子包み器具を使って手作り餃子を楽しむこともあり。手作りのイベント食も一緒に楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者の健康状態を把握し、バランスのとれた食事の提供の提供に努めている。また、このことについて1日のチェック表に食事摂取量・水分摂取量を記載することで、常に利用者の体調管理が出来るようになっている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に口腔ケアを実施している。また、義歯使用者については、洗浄剤にて義歯洗浄も実施している。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	個々の排泄パターンを把握するよう努め、不快のない排泄となれるよう介助している。	利用者の排泄パターンはほとんどわかるので、時間をみながら声掛けをしている。行動で判断できることもある。部屋のポータブルトイレは夜間のみ使用手伝いながら使用する人もいる。歩行が不安定だったり、トイレの場所から遠い部屋の方の家族が購入したもの。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	野菜を多く使用した食事を提供し、入浴時は腹部マッサージ・日中はリハビリ体操などを行い、腸の働きを活発にするような支援をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	本人の意思に任せ、無理強いをしない誘導を実施。夜間帯は職員が手薄なことから家族にも了承をもらい日中の時間帯で入浴を実施している。	拒否される方は、無理をせず時間をずらして夕方前ぐらいに声掛けて入浴してもらっている。入浴剤で温泉気分を味わってもらう事もある。朝から入浴する方、毎日入浴している方もおり、日中はいつでも入れる体制が出ている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	それぞれの体調を見ながら、身体を動かしたり天気の良い日は外出したりと日中は気持ちよく過ごしてもらうことにより、疲れすぎない程度の導眠を促している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の病歴を把握・確認した上で処方された服薬説明書の内容を理解して、それに従って服薬介助を実施している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	それぞれに好きな事や自身で出来る事(塗り絵や縫製などの手作業や歌を唄う事、掃除や花の水かけなど)が日々の生活にハリが持てるよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者がどこへ行きたいのか、何をしたいのかなどを聞きながら、天気の良い日は戸外へ出掛けたり、外食をしたりなどその時々外出支援を行っている。	天気の良い日は近所にある福祉センターで散歩をしたり、ひなたぼっこをしたりしている。以前は近所の方が一緒に話したりしていた。現在は鍵をかけているので入りにくくなっているかも知れない。帰宅願望のある方は気分を変えて、別棟でお茶を飲んだり、お散歩に連れ出すこともある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	所持が可能な利用者のみ支援している。その他の利用者は家族了承のもと、施設で預かっている預かり金の中から好きなものが購入できるよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族や知人からの電話の取り次ぎや、本人が電話を掛けたいと要望があればいつでも対応できるようになっている。また、手紙のやり取りは自由になっており、職員が利用者に代わりポストへ投函したりしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	人が、快適に過ごせるような家具や備品の配置に努めている。	ダイニングには食卓の他に団らんスペースがあり、ゆったりとしている。日中のほとんどをこの団らんスペースで思い思いに過ごしている。食後には「美浦村は競馬の馬で有名だよ。」と利用者が地元ならではの話をしてくださり、訪問者を歓迎する様子がうかがわれた。テラス越しには畑での野菜作りが見られた。廊下など建物全体の天井が高く、明るく、開放的な印象があった。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用のフロアや食堂には、ソファやベンチが配置されゆったりとそれぞれに過ごしていただけるよう提供している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みの家具や家族の写真などを配置することにより、本人が安心かつ快適に過ごせるよう配慮している。	それぞれ自分の過ごしやすいような家具の配置だったり、家族の写真が飾ってあったりと個性を感じさせる居室であった。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	すべてにおいて誘導するのではなく、本人がやりたいこと、やれることを十分に発揮できる自立した日常生活を営むことが出来るよう努めている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
 目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	職員の半数以上が、ケアプラン作成に携わっていない為、統一された個別ケアが実施されていない。	利用者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、多様なケア関係者と協働しながら、職員全員でケアプランを作成する。	職員全員でケアカンファを実施し、利用者の個別ニーズを導き出し、それに応える為に個別ケアのポイントを押さえた情報交換や検討を行い、全職員が目標達成に向けた、より具体的ケアプランを作成し実践していく。	12ヶ月
2	4	家族や地域住民との交流が頻繁ではない為、相互間での意見交換などがスムーズにいかない。	定期的な行事(屋外バーベキューや流しそめん等)に、家族や民生委員らへご案内するなど、オープンな関係構築に取り組む。また、地域での行事(清掃活動等)にも積極的に職員が参加できるようにする。	家族等が参加できるような行事計画を立て、気軽に来訪できるような具体的案を見出す。地域地区長へ、回覧板を回していただけるよう依頼し、地域での活動行事を把握することにより施設と地域住民が共存できる関係構築に努める。	12ヶ月
3	6				ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。